

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No 418

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean L'HOSTE

Né le 4 novembre 1912, à Warcq (Ardennes).

Contribution à l'étude des Indications de l'Oléothorax extra-pleural

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean L'HOSTE

Né le 4 novembre 1912, à Warcq (Ardennes).

Contribution à l'étude des Indications
de l'Oléothorax extra-pleural

Président : M. TROISIER, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	OLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert LEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...

Professeurs sans chaire



HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ¹¹ J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL-	
LERY-RADOT	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUÉNU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-PALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554635_0085

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Tombé devant l'ennemi le 30 août 1914.

A MA MERE

*En témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR F. L'HOSTE

Chirurgien de l'Hôpital de Mézières.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TROISIER

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Professeur à la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Paris.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En témoignage de reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLIVIER MONOD

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Marmottan.

*Qui nous a inspiré ce travail et nous a
aidé de ses précieux conseils.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre très
vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN MAGNAN

*En souvenir de sa bienveillante amitié à
notre égard.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT ROCHE

Médecin Chef du 404^e R. A. de D. C. A., à Tours.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT LEFEVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-MARIE LEFEVRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE TOURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours.
Chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVE

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIN

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDEAU

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAIX

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYELLES

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. VIALLE

Professeur à l'Ecole de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUSSENSTEIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECCIA

A MONSIEUR LE DOCTEUR FROMENTY

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE BOULOGNE-SUR-MER

MONSIEUR LE DOCTEUR HOUZEL

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOT

MONSIEUR LE DOCTEUR DE CAZENEUVE

GENERALITES

Il n'existe aucun rapport entre les indications de l'oléothorax extra-pleural et celles que l'oléothorax intra-pleural a connues à son début.

D'une façon générale, on fait un oléothorax intra-pleural dans l'espoir d'empêcher une symphyse progressive ou bien de compléter un pneumothorax inefficace laissant une cavité béante dans le moignon. Il s'agit donc de malades évolutifs, à expectoration bacillifère, et la complication habituelle de l'oléothorax intra-pleural est la perforation. BERNOU lui-même en souligne le danger : « On ne doit jamais maintenir de blocage sur un moignon pulmonaire ulcéré qui ne s'améliore pas rapidement », dit-il.

L'oléothorax extra-pleural au contraire ne peut être envisagé que sur un pneumothorax extra-pleural efficace qui entraîne une détente élective, une diminution ou une disparition de l'expectoration. C'est en moyenne entre trois et six mois après l'opération qu'il devient opportun de faire le blocage huileux.

Lorsqu'on crée l'oléothorax extra-pleural, on ne s'adresse donc pas à des malades évolutifs ou présentant des moignons pulmonaires dangereux par la présence de brides ou de lésions sous-corticales encore actives et largement ouvertes.

POURQUOI FAIT-ON L'OLEOTHORAX ?

L'oléothorax a pour objet d'éviter ou d'arrêter une symphyse extra-pleurale qui, réduisant rapidement la poche compromet le résultat éloigné de l'opération. C'est pourquoi l'oléothorax extra-pleural sera presque toujours un oléothorax de blocage. Il n'est pas créé pour être substitué aux insufflations, mais parce qu'on a la main forcée. C'est une indication de nécessité.

Les progrès de la symphyse et le siège de la lésion décideront si le blocage doit être fait, et à quel moment. Il faut insister sur la nécessité de créer au moment de l'acte opératoire une poche qui dépasse très largement les limites de la lésion et qui constitue en quelque sorte un collapsus de réserve.

Plus tard, il sera nécessaire de surveiller attentivement la réduction progressive de cette poche par la comparaison de clichés en série et par la comparaison, avant et après insufflation, de petits clichés pris en décubitus dorsal sur une même plaque, et en inspiration. Au début, la symphyse peut progresser d'un espace intercostal et demi en un mois.

(1) Cf. D^{rs} Olivier MONOD et J. GARCIA-BENGOCHEA : Technique indications et résultats du Pneumothorax extra-pleural. (Revue de la Tuberculose).

Technique :

La technique de la création de l'oléothorax extra-pleural ne saurait justifier une longue description. Nous voulons simplement nous attacher à en étudier les indications. Rappelons cependant que SCHMIDT introduit une aiguille dans chaque pôle de la cavité.

Le rythme des injections est le suivant : toutes les deux ou trois semaines, tous les deux ou trois mois et ensuite tous les six mois.

CHOIX D'UN MATERIEL DE BLOCAGE HUILEUX

GRAF conseille d'employer du lipiodol à 5 %. Le D^r O. MONOD a employé pour ses premiers oléothorax du lipiodol lourd à 40 % et du lipiodol léger à 10 %.

Il a abaissé ensuite la concentration d'iode jusqu'à 2 % et même 0,50 % pour diminuer les risques que pourrait entraîner l'absorption d'iode. La réaction d'un sujet au lipiodol reste, en effet, imprévisible.

Dans beaucoup de cas, le lipiodol est bien supporté ainsi que le montre cette observation due au D^r COURCOUX : « Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, présentant deux volumineuses cavités isolées, voisines, d'apparition récente dans le sommet droit, sans lésions pulmonaires avoisinantes. Un mois et demi après la création d'un pneumothorax artificiel extra-pleural, on crée un oléothorax avec 20 cc. de lipiodol à 40 % et 140 cc. de lipiodol à 10 %. Malgré cette forte proportion d'iode, aucun accident n'est observé. Le plombage huileux est très bien supporté depuis sa création (28 août 1937). Les clichés en série montrent la disparition progressive des cavernes, l'expectoration ne contient pas de bacilles et l'état général est excellent. La guérison apparente se maintient en octobre 1938 ».

Mais, pour éviter tout danger d'absorption de l'iode par le poumon, il est préférable d'utiliser l'huile go-

ménolée à 5 %. On sait que BERNOU lui attribue une action antiseptique spécifique contre les bacilles de Koch.

L'inconvénient de l'huile goménolée est qu'elle se résorbe certainement plus rapidement que le lipiodol, au début de la création de l'oléothorax.

Ainsi, dans un cas, nous avons observé une absorption de 50 cc. en trente jours.

Pour obvier à cet inconvénient, il est possible d'injecter 20 cc. de lipiodol à 40 % et continuer le blocage à l'huile goménolée à 5 %.

Cette huile goménolée à 5 % a une radio-opacité analogue à celle du lipiodol à 0,50 % qui a été parfois utilisé.

SCHMIDT a utilisé la paraffine liquide et la considère comme le meilleur agent de blocage de la poche, après l'air. Mais il la mélange, pour la rendre opaque aux rayons, à du lipiodol à 20 %, dans la proportion d'un pour dix. D'après SCHMIDT, ce mélange est bien supporté et ne donne pas de réaction.

Cependant, l'inconvénient de la paraffine est qu'elle ne s'oxyde pas dans l'organisme. CARDIS a signalé l'existence de paraffinomes. LIVIERATOS a signalé également des paraffinomes de la plèvre et du poumon, ainsi que la migration à distance de la paraffine.

Il importe également de rappeler que PINKERTON a observé expérimentalement que les réactions du tissu pulmonaire sont différentes suivant que l'huile introduite dans le poumon est d'origine végétale, animale

ou minérale. Les huiles végétales provoquent des réactions nulles ou minimales.

JOANNIDÈS conclut, après étude expérimentale de l'oléothorax, que les huiles de paraffine ne doivent pas être employées.

Enfin, certains auteurs attribuent les accidents de la paraffine à ses impuretés.

QUE VA DEVENIR L'HUILE INJECTEE ?

BINET et VERNE ont montré en 1925 par des microphotographies que le lipiodol injecté dans les plèvres est absorbé par le parenchyme pulmonaire. On le retrouve en effet dans les alvéoles et dans les bronches.

N. FIESSINGER et A. LEMAIRE ont étudié en 1926 les coupes histologiques de deux sujets tuberculeux auxquels on avait injecté du lipiodol dans la cavité pleurale peu de temps avant la mort. Ils ont constaté que le lipiodol est absorbé par les lymphatiques sous-pleuraux où il se collectait sous la forme de vacuoles graisseuses.

Chez un malade porteur d'un pneumothorax artificiel extra-pleural, 20 cc. de lipiodol avaient été injectés, et le décès était survenu un mois après par septicémie à streptocoque hémolytique. Les coupes histologiques de la paroi examinées par le D^r DELARUE ont montré de véritables logettes, toutes revêtues d'une bordure continue pseudo-épithéliale, et de volumineux macrophages dont le cytoplasme spumeux était évidemment chargé de corps gras.

Par conséquent, l'huile injectée dans une cavité extra-pleurale enflammée ou non, peut être absorbée aussi bien par le poumon que par la paroi de la cavité.

C'est parce que l'huile est absorbée par le poumon

qu'il faut prêter une grande attention à la nature et à la proportion des produits qui lui sont ajoutés.

C'est également parce que l'huile est absorbée par la paroi et le poumon qu'il faut entretenir l'oléothorax au moins pendant la première année.

QUELLES REACTIONS CETTE HUILE INJECTEE VA-T-ELLE PRODUIRE ?

En premier lieu : *une réaction liquidienne provoquée*. Elle est presque constante, elle est précoce : elle se produit en général quarante-huit heures après la première injection ; elle se traduit parfois par une petite élévation thermique. On la découvre en la cherchant systématiquement à la radioscopie.

Les jours suivants, la ponction ramène 50 à 100 cc. d'un liquide citrin, parfois riche en éosinophiles.

Cette réaction est celle que provoque tout corps étranger au contact de la plèvre.

Dans certains cas, il s'agit d'une réaction d'intolérance s'accompagnant d'une véritable exsudation avec fièvre et troubles digestifs.

C'est pourquoi il est nécessaire d'éprouver la susceptibilité du malade en faisant des petites injections répétées d'huile.

La réaction *liquidienne autonome* se différencie de celle que nous venons de décrire. Elle est tardive ; elle évolue à bas bruit, entraînant à la longue une sensation de pesanteur. Par son abondance, théoriquement, elle serait dangereuse car elle pourrait entraîner une perforation.

En réalité, étant donné qu'au début il s'agit plus

d'un oléopneumothorax que d'un oléothorax, elle est facilement décelable.

Plus tard, lorsque le blocage complet est réalisé, l'interprétation de l'image radioscopique est plus difficile. Ce seront la ponction au point déclive et la mesure de la pression qui feront le diagnostic.

Une autre éventuation est possible : c'est la saponification de l'huile injectée.

Cette huile peut s'émulsionner et se troubler. Cette saponification serait due, comme dans l'oléothorax intra-pleural, à la réaction inflammatoire de la paroi qui provoque une leucocytose abondante et libère des lipases entraînant la saponification. On sait que ce sont surtout les lymphocytes et les mononucléaires qui contiennent des lipases.

Cliniquement, la saponification de l'huile se traduit par des phénomènes d'intolérance, fièvre, douleurs thoraciques, malaise général, amaigrissement.

Dans ce cas, il suffit d'évacuer l'huile et de laver soigneusement la poche au sérum pour voir regresser les signes cliniques. SCHMIDT recommande de reprendre plus tard le blocage avec une huile différente.

Cet auteur admet que la saponification entraîne un épanchement puriforme aseptique. Cependant, O. MONOD a pu retirer chez un de ses malades de l'huile émulsionnée qui a tuberculisé le cobaye.

LA PERFORATION

La perforation est très rare si l'indication de l'oléothorax est bien posée.

Le seul cas de perforation observée par le D^r O. MONOD était consécutif à une très mauvaise indication d'oléothorax. Un petit oléothorax avait été tenté (20 cc. de lipiodol à 40 % et 80 cc. de lipiodol à 1 %), sur un mauvais pneumothorax extra-pleural incomplet, présentant une caverne ouverte dans le moignon, et avec un épanchement récidivant.

PEUT-ON TOUJOURS EVITER LA CREATION DE L'OLEOTHORAX EXTRA-PLEURAL

Nous le croyons pas. Certes, dans quelques cas de pneumothorax artificiel extra-pleural où les ponctions insufflations ont été faites précocement, la symphyse extra-pleurale sera lente à se constituer. On peut par la suite, entretenir le collapsus par des insufflations espacées de 21 jours et plus, avec une pression minima optima. Mais ceci n'est pas la règle et SCHMIDT, sur 200 cas a été conduit à bloquer 45 % des pneumothorax au cours des six premiers mois; son pourcentage a augmenté par la suite jusqu'à atteindre 63 % dans le courant de la première année.

En réalité, il n'est guère possible de savoir à l'avance quels pneumothorax extra-pleuraux vont se symphyser vite et lesquels vont rester stationnaires.

Sur 107 opérés, GRAF, créateur de la méthode, ne dit pas la quantité de malades porteurs d'oléothorax. Cependant, il publie des documents intéressants, dont la radiographie d'un de ses malades 2 ans après l'opération (avril 1934). Cet oléothorax fait avec du lipiodol depuis si longtemps est bien supporté et ne gêne pas le malade et ne l'empêche pas de continuer son travail.

Pour notre part nous avons vu des oléothorax lipiodés et goménolés datant de 6 à 15 mois et très bien supportés.

On peut dire que tôt ou tard l'oléothorax de consolidation sera l'aboutissement du pneumothorax extra-pleural.

L'oléothorax est le seul moyen que possède le médecin pour prolonger pendant 2 ou 3 années le collapsus efficace et électif procuré par une pleurolyse extra-pleurale (la thoracoplastie complémentaire mise à part).

AVANTAGES

DE L'OLEOTHORAX EXTRA-PLEURAL ?

1° Sur l'apicolyse avec plombage paraffiné.

Dans l'apicolyse avec plombage paraffiné, la masse de paraffine est placée d'emblée et en totalité au moment même de l'opération. On intervient donc sans organisation préalable des parois de la cavité. Or ceci est capital, car il s'agit de tuberculeux porteurs de lésions en activité et on ne sait pas quelle sera la réaction après le plombage.

Enfin pour retirer la paraffine, en cas d'intolérance ou de perforation tardive (4 ou 5 ans), il faut une intervention importante et plus sérieuse, vu les conditions dans lesquelles on intervient.

L'oléothorax extra-pleural au contraire n'est pas une intervention brutale.

Lorsque on le crée, les parois de la poche sont déjà organisées et forment une véritable coque fibreuse. On sait que cette coque fibreuse est l'aboutissant de la réaction inflammatoire de la plèvre et du tissu conjonctif (fascia endothoracique) sous l'influence des irritations mécaniques, microbiennes ou toxiques.

Deuxième avantage : les injections d'huile sont pro-

gressives, espacées de quelques jours pour qu'on puisse « tâter » les réactions des parois de la poche.

Troisième avantage : en cas d'intolérance, point n'est besoin d'une intervention; de simples ponctions suffisent à vider la poche complètement.

Enfin, quatrième avantage : le blocage huileux de consolidation permet une resorption partielle progressive.

En résumé, l'apicolyse avec plombage paraffiné, comparée à l'oléothorax extra-pleural est une méthode aveugle et brutale.

On intervient sur des lésions évolutives sans savoir quelles seront les réactions de foyer.

Dans l'oléothorax extra-pleural, on intervient progressivement et sur des lésions stabilisées, sur une cavité déjà organisée, ce qui élimine tout danger de perforation. Celui-ci étant la grosse complication de l'apicolyse avec plombage.

2^e Avantages sur la thoracoplastie complémentaire de consolidation.

A. — Il est souvent difficile de décider le malade à accepter une intervention de plus après le pneumothorax extra-pleural : depuis cette intervention, en effet, il ne crache plus ou à peine, souvent l'expectoration n'est pas bacillifère, son poids augmente et la température est normale. L'oléothorax évite une opération.

B. — On n'est jamais sûr que la thoracoplastie

envisagée donnera un collapsus aussi électif que l'oléthorax de consolidation fait au moment opportun. Il s'agit d'une plastic apicale, certes, mais en réalité elle devra être souvent élargie en arrière et en avant. Elle comporte donc 3 temps opératoires et tout ceci pour 2 ou 3 ans de « détente de consolidation ».

EXEMPLE DE CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

Créer un oléothorax dans un P. A. E. incomplet.

La radiographie préalable à l'intervention ne montrait qu'une cavité.

La radiographie standard après création du P. A. E. ne montre plus de caverne; on bloque à l'huile. Mais

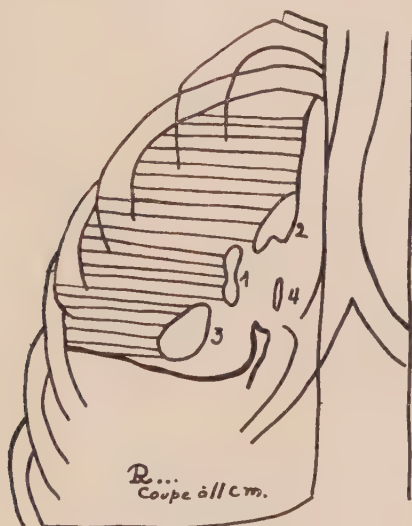


FIG. 1.

la malade continue à cracher; on fait alors des tomographies.

La tomographie à 11 cm. de la paroi postérieure montre quatre petites cavités, invisibles sur les clichés standard.

Huit mois après la création du pneumothorax artificiel extra-pleural, il existe un épanchement purulent à B. K. On peut raisonnablement en espérer la guérison. Le malade refuse la thoracoplastie. Créer, comme on pourrait être tenté de le proposer, un oléothorax, serait d'une grande imprudence.

OBSERVATION N° 1

CAVERNES EN CANON DE FUSIL SITUÉES AU SOMMET DROIT, D'APPARITION RÉCENTE. CRÉATION D'UN P. A. E. SUIVIE D'UN CLÉOTHORAX. GUÉRISON CLINIQUE (1 an.).

M. Pich... Age : 23 ans (D^r COURCOUX).

Histoire de la maladie.

En septembre 1934, une radiographie établit l'existence d'une infiltration micro-nodulaire discrète dans la base gauche. A droite l'image thoracique est normale.

En juin 1936, le malade est réformé définitivement.

En septembre, amygdalectomie. En février 1937, apparition d'un abcès de la marge de l'anus. La radiographie à cette occasion montre une caverne du sommet droit. Plusieurs tentatives de P. A. I. sont infructueuses.

Le malade est envoyé à l'Hôpital Laënnec.

Avant l'opération.

En juillet, une autre radiographie établit qu'il existe deux cavernes de taille moyenne, isolées, voisines, situées dans le sommet droit et sans lésions pulmonaires avoisinantes. La base est le siège d'un petit tubercule, qui d'ailleurs ne donne aucun signe d'auscultation (Fig. 2).

L'expectoration est abondante, avec présence de bacilles de Koch. La T° est de 36°7-37°3. Le poids est de 65 kgs 500. L'état général est assez bon. Le malade se plaint de troubles digestifs (anorexie, dyspepsie).

Indication chirurgicale.

La radiographie de profil montre que ces 2 cavernes assez volumineuses, ne sont pas corticales; par contre elles sont d'apparition récente. Un P. A. E. est proposé par le Dr O. MONOD.

Opération.

Le 22 juillet 1937, création d'un P. A. E. droit (Dr O. MONOD). Le décollement arrive au bord inférieur de C6 en arrière, au bord supérieur de C3 en avant. La libération du versant médiastinal est complète.

Un petit ganglion intercostal est prélevé, l'examen histologique a montré quelques nodules tuberculoïdes.

Les suites opératoires sont normales, la T° monte à 38°6, 2 jours après l'opération, par la suite elle reste à 37° le soir.

Voir la radiographie (fig. 3) 7 jours après l'opé-

ration, le cul-de-sac extra-pleural descend à la 8^e côte.

Le moignon a une forte tendance à la réexpansion, pourtant les insufflations sont faites en pression très positives (+ 30). L'air passe sous la peau après chaque insufflation.

Un oléothorax de blocage est décidé en procédant par tâtonnement (fig. 4 et suivantes).

Ainsi un mois et demi après l'opération, un oléothorax avec 20 cc. de lipiodol à 40 % et 140 cc. de lipiodol à 10 % est créé. Malgré cette forte quantité d'iode (20 grs) nous n'avons pas observé d'accident. Le plombage huileux est très bien supporté depuis sa création (août 1937).

Ce malade est parti en Sanatorium et son expectoration était à nouveau bacillifère.

Il revient à l'Hôpital Laënnec en vue d'une phrénicectomie. En effet, l'expectoration est bacillifère par intermittence, et les radiographies montrent une cavité résiduelle aplatie de haut en bas par l'oléothorax. Le D^r O. Monod lui conseille d'attendre. Le malade entre au Sanatorium de Champcueil le 18 février 1938, avec un état général excellent, une T° de 36°8-37°, une expectoration réduite à un ou deux crachats par jour sans bacilles de Koch à l'examen direct, par la suite 3 homogénéisations sont faites par semaine, elles sont négatives. Le poids du malade est de 66 kgs.

Mais en septembre 1938 après un rhume on trouve des bacilles de Koch dans les crachats. Une tomographie ne montre rien d'anormal dans la partie du

moignon fouillée par les rayons X. A gauche, non plus.

Une bronchoscopie, nous montre une muqueuse bronchique rouge, mais sans ulcérations. Le prélèvement des sécrétions bronchiques donne : présence de bacilles de Koch des deux côtés. Six jours plus tard les examens des crachats répétés sont négatifs. Les homogénéisations rapprochées, restent négatives.

En novembre, décembre, janvier et février, les examens des crachats sont toujours négatifs. L'état général de ce malade est excellent et aucun signe d'intoxication tuberculeuse n'est cliniquement décelable. En mai 1939, l'examen des crachats est toujours négatif.

Nous pensons que cette expectoration bacillifère constatée pendant une semaine à la suite d'un rhume, ne change en rien le résultat de l'intervention qui nous semble remarquable, étant donné les lésions à leur début.

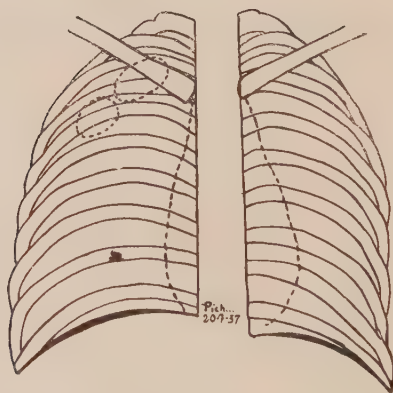
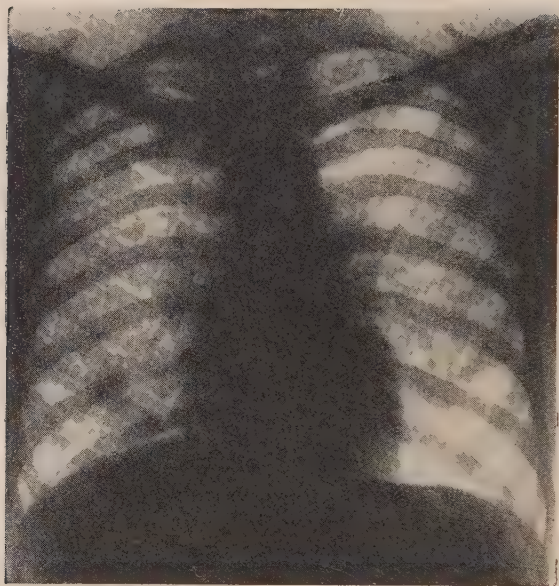


Fig. N° 2. — M. Pic., (D^r Courcoux) (7-1937). Avant le P. A. E. Tuberculose ulcéro-caséuse récente : 2 cavernes assez importantes, isolées, voisines, sans lésions pulmonaires avoisinantes. La base est le siège d'un petit tubercule. T° 37°3. Expectoration abondante. B. K. +.

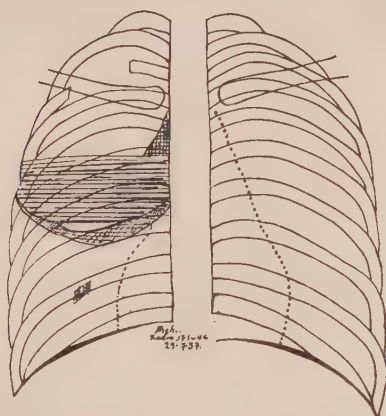
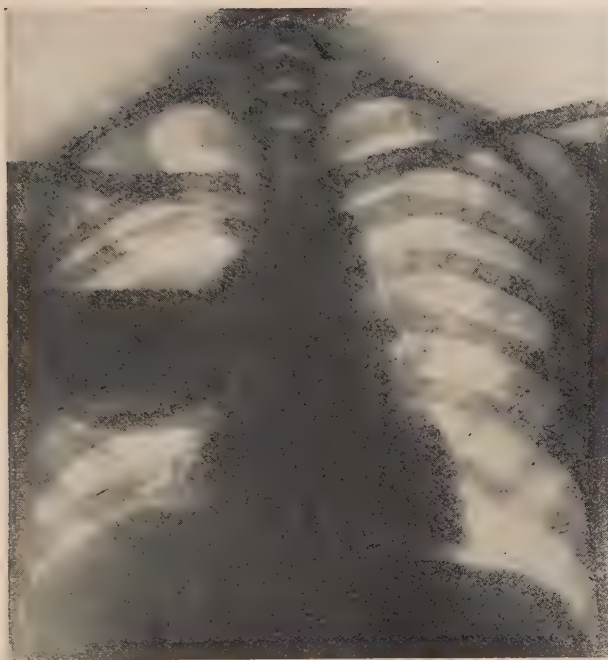


FIG. N° 3. — M. Pic., (D^r Courcoux) (7-1937). 7 jours après la création du P. A. E., le décollement descend jusqu'au bord inférieur de la 8^e côte. Excellente libération médiastinale. Entretien à la pression + 5.

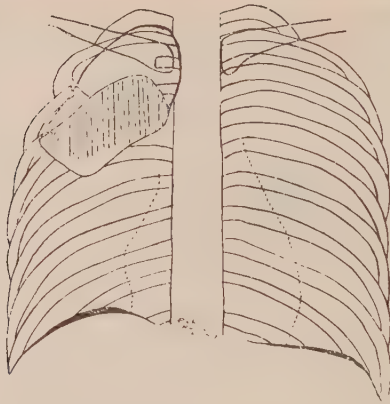
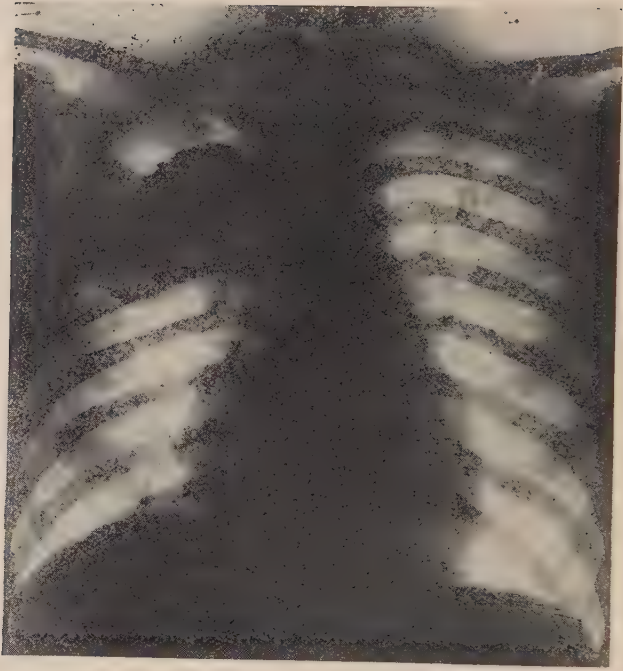


FIG. N° 4. — M. Pic... (26-8-1937). Remarquer la diminution de la poche dont la limite inférieure était à la 8^e côte. 1 mois auparavant, résorption spontanée. Le sommet pulmonaire a repris sa forme comme un bon P. A. I. On a injecté du lipiodol au moment de faire la radiographie en décubitus dorsal. L'huile recouvre l'apex.

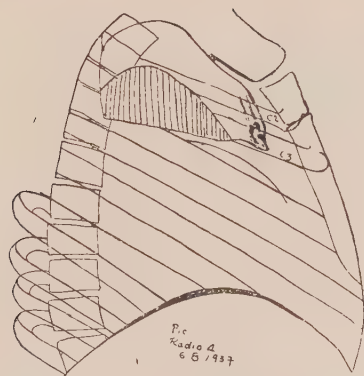


FIG. N° 5. — M. Pic., (26-8-1937). Radiographie de profil en décubitus latéral droit, montrant que le décollement est complet en avant et en arrière.

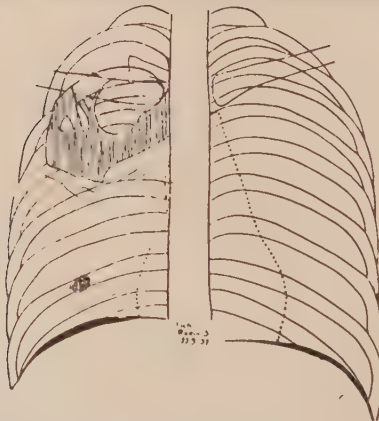


FIG. N° 6. — M. Pic., (11-9-1937). Il existe une forte tendance à la réexpansion du poumon. Le pneumothorax extrapleurale tend à diminuer de volume et à se symphyser (voir les logettes de cloisonnement). On remplit la poche de lipiodol léger. Expectoration non bacillifère.

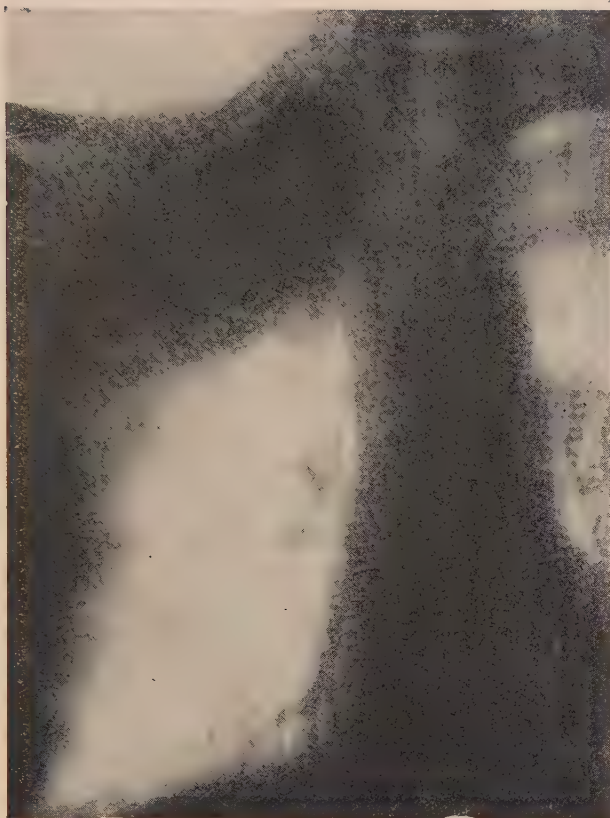


FIG. N° 7. — M. Pic... (18-7-1938). Oléothorax extrapleurale datant de plus d'un an. Malade en état de guérison apparente.

OBSERVATION N° 2

TUBERCULOSE ULCÉRO-CASÉEUSE DIFFUSE DU SOMMET GAUCHE, D'APPARITION RÉCENTE. CRÉATION D'UN P. A. E. BLOCAGE DE LA POCHE PAR DE L'HUILE. GUÉRISON RÉCENTE.

M. Vill., 28 ans (D^r EVEN).

Histoire de la maladie.

Une pleurésie gauche a été constatée à l'âge de 8 ans. Le début de la maladie actuelle s'est faite en janvier 1937 par une hémoptysie avec fièvre.

A l'arrivée au Sanatorium de Champcueil, le 9 avril 1937, il existe une caverne rétro-claviculaire de taille moyenne avec des ulcérations en mie de pain descendant jusqu'à la 7^e côte en arrière. Le P. A. I. est impossible; la T° est 38° et un état d'intoxication tuberculeuse accusé constaté.

Avant l'opération.

La température est à 38° le soir, le poids est en diminution, l'expectoration est de 12 fois par jour, bacillifère. Malgré ces signes, l'état général semble meilleur.

Indication chirurgicale.

Il s'agit d'une tuberculose excavée récente entourée d'une infiltration des 2/3 du poumon gauche diffuse, mais peu importante. Ce cas représente une

bonne indication du P. A. I. Comme les plèvres sont symphysées on passe au P. A. E.

Opération.

Création d'un P. A. E. gauche (7 septembre 1937) (D^r Olivier MONOD). Le décollement se complète jusqu'au diaphragme dans la nuit suivante. 21 jours plus tard, une première ponction évacuatrice de 350 cc. d'un liquide noirâtre (couleur Porto) est faite. La culture du liquide sur milieux spéciaux et l'inoculation sont négatives.

Le cul-de-sac extra-pleural remonte au niveau de la 8^e côte.

Le 12 novembre, la poche étant presque sèche, on injecte 20 cc. de lipiodol à 40 %. Le 26 novembre, on doit pratiquer une ponction de 280 cc. d'un liquide séro-hématique. A l'examen du liquide on trouve : des polynucléaires intacts, avec prédominances de mononucléaires. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct, ni microbes associés.

Le 8 décembre, la poche étant complètement sèche, on injecte à nouveau 10 cc. de lipiodol; le soir, on note un « crochet thermique » (38°8), une ponction exploratrice faite 2 jours après ramène un liquide citrin donnant une culture négative avec inoculation positive. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 23 décembre on retire 150 cc. d'un liquide citrin.

Le 30 décembre, on retire 100 cc., ce qui assèche de

nouveau la poche. Par là suite, le malade est insufflé régulièrement, et le 14 février, 6 coupes tomographiques sont faites. Mais il est impossible de juger de l'état du poumon collabé, les 30 cc. de lipiodol badi-geonnent le moignon, et font écran.

Le 18 mars 1938, nouveau crochet thermique et le 30 mars on retire de nouveau 80 cc. d'un liquide citrin. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct. Culture sur gélose ascite négative. Culture sur milieu de Lowenstein négative.

On a donc observé chez ce malade, en décembre 1937, un épanchement produit par une injection de lipiodol et en mars, un nouvel épanchement spontané.

Nous avons observé chez nos opérés des épanchements spontanés semblables, les malades étant porteurs de poches sèches et sans lipiodol.

La cavité extra-pleurale a été progressivement bloquée avec de l'huile goménolée à 5 %.

Cet oléothorax à base de 30 cc. de lipiodol à 40 % et 80 cc. d'huile goménolée à 5 % est très bien supporté depuis.

Le malade quitte le Sanatorium en août 1938. Depuis décembre 1937, l'état général est excellent. Homogénéisations en série négatives. L'état actuel reste parfait (Mai 1939).

OBSERVATION N° 3.

TUBERCULOSE FIBRO-ULCÉREUSE EN NID D'ABEILLE, UNILATÉRALE GAUCHE, CHRONIQUE. CRÉATION D'UN P. A. E. HÉMORRAGIE POSTOPÉRATOIRE. TRANSFORMATION PYOÏDE : GUÉRISON PAR LES LAVAGES EXTRA-PLEURAUX. BLOCAGE HUILEUX DE LA POCHE. GUÉRISON LOCALE. DÉCOUVERTE ULTÉRIEURE DE PETITES LÉSIONS CHRONIQUES APICALES DROITES.

Lio..., 24 ans (D^r R. EVEN).

Histoire de la maladie.

Il s'agit d'un indigène des Antilles, prématuré. Le début apparent de la tuberculose pulmonaire se fait en septembre 1938. La radiographie décèle une infiltration discrète du sommet gauche. Il existe une toux sèche sans crachats (Fig. 8).

En janvier 1936, ce malade entre au sanatorium de Champcueil, le poids est de 51 kg., la T° est 37°4; expectoration peu abondante mais bacillifère. Le P. A. I. est irréalisable. Pendant les deux premiers mois de cure le poids passe de 51 à 58 kg. La radiographie montre un système de petites cavités derrière la clavicule gauche, sans aucun signe de rétraction pulmonaire. Le parenchyme opposé est normal...

On fait en avril 1937, une phrénialcoolisation gauche qui reste inefficace.

Avant l'opération.

Poids : 58 kg., T° 37°2-36°6. L'expectoration mucopurpurente est bacillifère. La tension artérielle est de 13 ½-8 ½. Les temps de saignement et de coagulation sont normaux.

Indication chirurgicale.

Il s'agit de lésions bien localisées, très peu exsudatives avec un état général fragile. Le P. A. E. est préféré à la thoracoplastie, parce qu'on espère, avec une seule opération, réaliser le collapsus nécessaire et suffisant.

Opération.

4 novembre 1937, création d'un P. A. E. gauche (D^r Olivier MONOD). Le décollement est complet et facile; le côté médiastinal est décollé jusqu'à la crosse de l'aorte (Fig. N° 9).

Le 5 novembre, la tension artérielle est de 14/8, la T° est de 38°8, le pouls est à 120; 24 heures plus tard la fièvre monte à 39°9. La tension artérielle est descendue à 11-8 malgré les toni-cardiaques. L'ensemble des signes cliniques confirme qu'une hémorragie post opératoire, s'est produite.

La ponction évacuatrice donne 200 gr. de sang, et par la suite toutes les tentatives de ponction évacuatrices se sont montrées inefficaces ou très laborieuses, car on parvient à retirer chaque fois 20 à 60 cc. de sang. Mais on voit radioscopiquement que la poche est pleine. La température reste à 37°7, 38° le soir, le poids diminue progressivement.

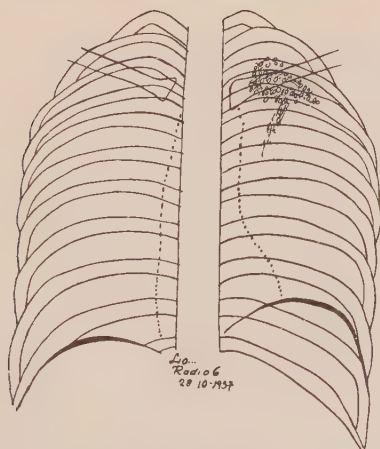
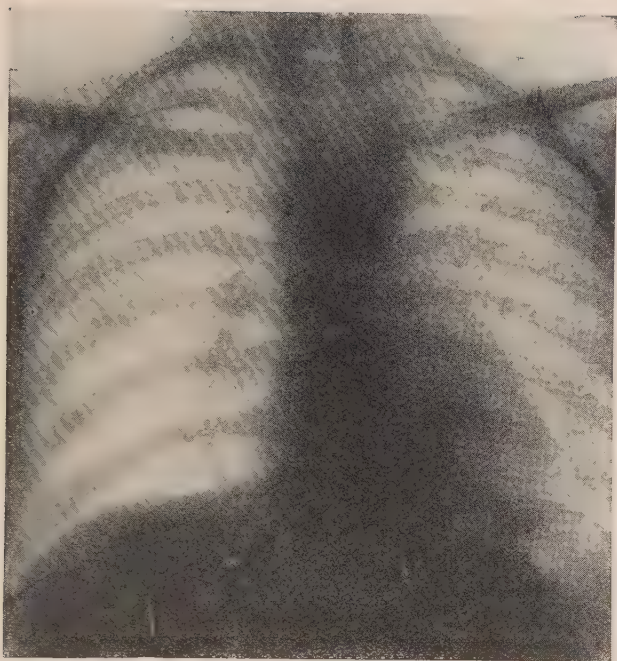


FIG. N° 8. — M. Lion... (Sanatorium de Champcueil, D^r Even). (28-10-1937). Tuberculose fibreuse ulcérée ancienne, torpide, du sommet gauche. Image en mie de pain. Phrénicectomie inefficace. Etat général fragile (indigène des Antilles). Poids 51 kgs , 30 crachats bacillifères par jour.

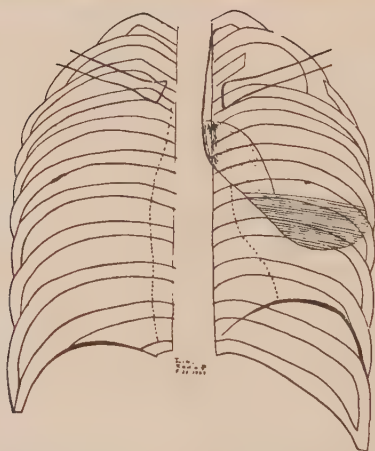
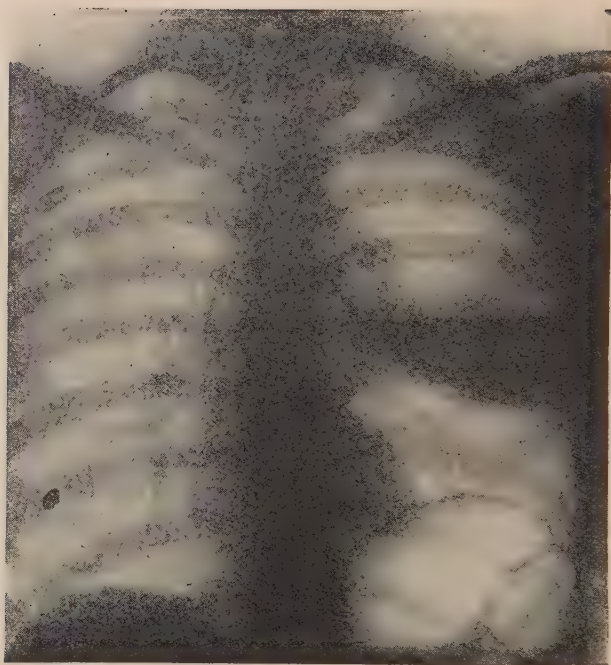


FIG. N° 9. — M. Lion., (5-11-1937). 20 heures après la création du P. A. E. la libération du sommet est complète sur toutes les faces. L'épanchement séro-hématique habituel s'est déjà produit.

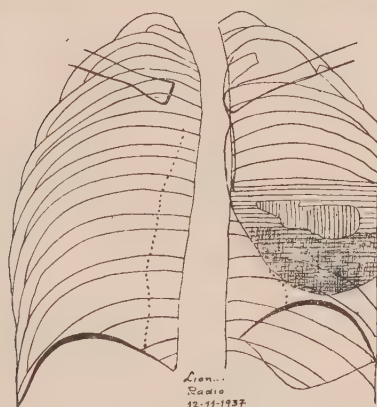
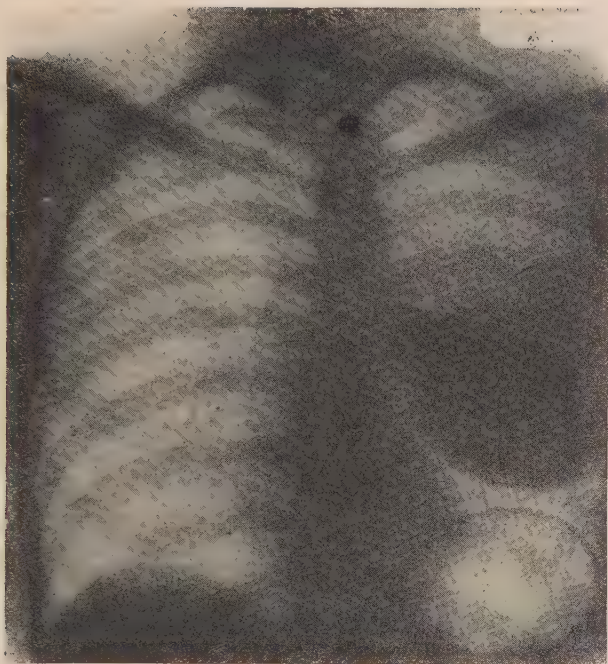


FIG. N° 10. — M. Lion... (12-11-1937). 20 cc. de lipiodol lourd sont dans la déclivité antérieure de la poche extrapleurale. L'ombre opaque sous-jacente au lipiodol est due à la coagulation d'une hémorragie post-opératoire.



FIG. N° 11. — M. Lion... (22-7-1938). Tomographie passant à 11 cm. de la paroi postérieure. Remplissage de la cavité par de l'huile goménolée à 5 %. Emission intermittente de bacilles. La tomographie montre une petite cavité de l'apex droit.

Le 29 décembre, la température étant à 39, 39°8, une transfusion est faite. Nous essayons alors une ponction évacuatrice avec le gros trocart de Potain, le malade, la tête en bas, le trocart étant introduit dans le 1^{er} espace, intercostal. Nous avons pu retirer 375 cc. de sang coagulé. L'examen bactériologique n'y montre pas de bacilles de Koch ni de microbes associés. La température descend à 37°4/37°8 pour remonter progressivement à 40° en 7 jours.

Des ponctions-lavages répétées toutes les semaines pendant 2 mois ont permis un nettoyage de la poche qui, après les premières ponctions laissait échapper un liquide hémoséro-pyoïde.

Le 17 février, le liquide était clair, mais une symphyse s'amorce et nous sommes obligés à commencer un blocage avec de l'huile goménolée à 5 %. Enfin, le 30 avril, une permission de 15 jours est accordé à ce malade, c'est dire combien son état général est satisfaisant.

Le 22 juillet 1938, la radiographie ne montre rien d'anormal dans le moignon collabé par l'oléothorax goménolé. Mais à droite et tout à fait au sommet, une série de petites cavités sont bien visibles dans l'arc de la 1^{re} côte. Ces lésions sont invisibles sur la radioscopie standard.

Résultat un an après.

La T° de ce malade est normale (37/36°8), son poids est de 52 kgs. Les crachats très diminués en quantité et aspect sont bacillifères par intermittences.

Etant donné que les lésions droites sont très discrètes, ce malade est envoyé à la montagne avant d'envisager un pneumothorax du côté opposé. En janvier 1939, le résultat est toujours le même.

En résumé, les ponctions, lavages ont maîtrisé un épanchement hémio-séro-pyœide (qui a tuberculisé le cobaye) et on permis la création d'un oléothorax de blocage, électif et efficace pour les lésions gauches.

OBSERVATION N° 4.

CRÉATION D'UN P. A. E. SUR UNE CAVERNE APICALE DROITE, CONSTITUANT UNE INDICATION DE PLASTIE. GUÉRISON RÉCENTE (15 mois).

Mme Pri..., âge : 32 ans (D^{rs} MAURET et Olivier MONOD).

Histoire de la maladie.

Le début de la maladie remonte en octobre 1934. La radiographie établit l'existence à ce moment là d'une « tache » du sommet droit. L'examen des bacilles de Koch dans les crachats est négatif.

Cette malade fait une longue cure de repos et par la suite elle est devenue enceinte. Les radiographies en série ont permis de rassurer la malade; la lésion ne semblait pas évoluer.

En septembre 1935, l'accouchement se fait normalement.

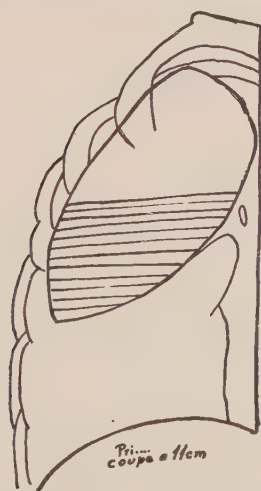


FIG. N° 12. — Tomographie à 11 cm. du plan postérieur. 30 juin 1938. Malade opéré de pneumothorax artificiel extrapleurale en Juillet 1937. Remplissage progressif de la cavité par du lipiodol. (Oléopneumothorax extrapleurale). Disparition constante des bacilles depuis Octobre 1937.

En novembre, c'est-à-dire 3 mois plus tard la malade à la suite d'une forte poussée évolutive post-partum part pour le Sanatorium où elle séjourne jusqu'en juin 1937.

Différentes tentatives de P. A. I. se sont montrées infructueuses.

En août 1936, on a fait une phrenicectomie droite suivie d'une très bonne ascension du diaphragme et d'une légère amélioration locale et générale, en effet cette malade gagne 13 kg.

Mais au début de l'année 1937 une autre poussée évolutive est survenue; on décide un traitement colapsothérapique chirurgical.

Avant l'opération.

La fièvre est à 38°. L'expectoration est très abondante, bacillifère. Le poids est de 61 kg.

La radioscopie montre une caverne centro-apicale droite avec des limites pas très visibles. Le diaphragme est bien remonté. La base et le poumon opposé sont normaux.

Indication chirurgicale.

Les conditions de la thoracoplastie se trouvent remplies cependant, le P. A. E. a été préféré, pour ne faire qu'un seul acte opératoire.

Opération.

En juillet 1937, création d'un P. A. E. droit (D^r O. MONOD). Le décollement est facile et possible dans tous les versants du dôme pleural. La température monte à 39° un jour et par la suite elle revient à la

normale en 15 jours. En revanche on observe une recrudescence de l'expectoration.

L'épanchement s'est résorbé spontanément et voici les pressions avant et après insufflation : — 5,200 cc., + 23; — 4,150 cc., + 34.

Le 7 septembre, on commence un oléo-pneumothorax. Au total nous injectons 40 cc. de lipiodol à 40 % et 20 cc. de lipiodol à 10 %.

En octobre, nous constatons l'absence de bacilles dans les crachats pour la première fois.

Fin octobre un épanchement de petite abondance se produit. La ponction exploratrice ramène du pus, sans bacilles de Koch à l'examen direct et sans microbes associés. On note une polynucléose très abondante.

Cet exsudat pyoïde semble consécutif au lipiodol.

La tomographie faite le 30 juin 1938 montre une toute petite cavité sous l'oléo-pneumothorax (pas de B. de Koch dans les crachats, depuis octobre 1937).

Les dernières nouvelles (III 1939) sont excellentes : guérison clinique (Fig. N° 12).

OBSERVATION N° 4

P. A. E. INCOMPLET. RÉSECTION COSTALE EN FACE D'UNE ZONE RESTÉE INDÉCOLLABLE. OLÉOTHORAX ANTI-SYMPHYSAIRE. GUÉRISON CLINIQUE RÉCENTE.

God... (D^{rs} EVEN et Olivier MONOD).

Histoire de la maladie.

Le début de la maladie date de décembre 1935. Le

malade entre au Sanatorium de Champcueil en novembre 1936. La radiographie établit l'existence d'une caverne rétro et sous claviculaire du poumon droit, le reste du parenchyme est normal. L'expectoration est de 6 à 8 crachats bacillifères par jour. Le P. A. I. est irréalisable.

En avril 1937 on fait également une alcoolisation du nerf phrénique droit, elle reste également inefficace.

Indication chirurgicale.

En janvier 1938, l'expectoration étant toujours bacillifère, la caverne n'ayant pas bougé malgré la cure sanatoriale et l'alcoolisation, on décide la création d'un P. A. E., (ce cas était une bonne indication de thoracoplastie).

Opération (janvier 1938).

Création d'un pneumothorax extra-pleural.

Après une incision oblique des plans superficiels, on fait la brèche opératoire dans le lit périostique de la 4^e côte. Le décollement est possible partout sauf, en face de la caverne. On constate une grosse adhérence qui attache le poumon aux segments internes des 3^e, 4^e et 5^e côtes.

L'arc de la 3^e côte est sectionné afin d'améliorer la visibilité, mais le décollement n'ayant pu être complété, on ferme la cavité extra-pleurale.

Le lendemain de l'opération, grand emphysème sous-cutané de la région opérée et de l'aisselle. La radioscopie montre le poumon contre le plan costal.

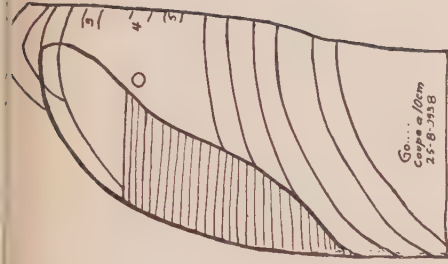
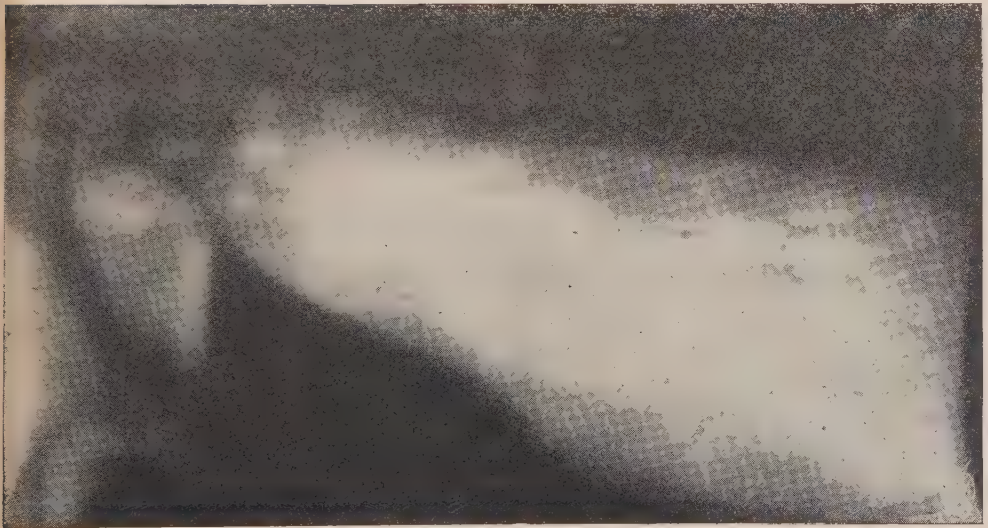


FIG. N° 13. — Tomographie passant à 10 cm. de la paroi postérieure. Ce malade après 10 mois de cure sanatoriale sans amélioration avait subi une alcoolisation du nerf phrénique inefficace. 7 mois après, on créa un pneumothorax artificiel extrapleurale (Janvier 1938). Un mois plus tard une résection costale limitée fut faite, en face d'une forte adhérence reconnue à l'opération précédente. Le malade ne crache plus actuellement de bacilles.

L'oléopneumothorax (huile goménolée à 5 %) est bien tolérée, et la guérison apparente persiste (Octobre 1938). Le malade reste sous surveillance médicale.



L'emphysème était produit par le chevauchement des fragments de la troisième côte, donc l'arc avait été rompu.

Pour empêcher le recollement, 50 cc. de lipiodol à 0,50 % sont injectés dans la poche; 7 jours plus tard nous retirons l'huile et avec elle 100 cc. d'un liquide séro-hématique couleur Porto, croyant les parois de la poche déjà organisées.

Par la suite deux ponctions de 375 cc. et 125 cc. sont faites. Le liquide séro-hématique inoculé au cobaye le tuberculise.

Thoracectomie (Février 1938).

Nous repassons par la même incision, les cols de la 3^e, de la 4^e et de la 5^e côtes sont désarticulés et les apophyses transverses sont réséquées.

Les radiographies prises en séries nous montrent une rapide rétraction de la caverne. L'expectoration diminue, puis elle se stérilise et disparaît.

En Avril 1938, nous constatons l'apparition d'un épanchement spontané; une ponction retire 200 cc. d'un liquide pyoïde avec des grumeaux (aspect du lait caillé). Deux lavages ont suffi à tarir l'épanchement; l'inoculation de ce liquide n'a pas tuberculisé le cobaye.

Le poumon ayant une tendance nette à la réexpansion malgré les pressions positives, nous sommes obligés de bloquer avec de l'huile la poche extra-pleurale. Au total 300 cc. d'huile goménolée à 5 % et 10 cc. de lipiodol à 40 % sont injectés.

Les coupes tomographiques montraient le 25-8-38 une toute petite cavité encore béante. Depuis la radiographie standard montre l'absence de cavité. Le blocage huileux total, est très bien supporté et le malade présente toutes les apparences cliniques de la santé. Les homogénéisations en série sont négatives. La guérison persiste actuellement (15 mai 1939).

CONCLUSIONS

A. — Ce qu'il ne faut pas faire.

1° Vouloir créer un oléothorax dans un pneumothorax extra-pleural qui, techniquement, a été incomplet (analogue, en somme, au pneumothorax intra-pleural avec brides).

2° Vouloir créer un oléothorax dans un pneumothorax extra-pleural qui n'est pas rapidement efficace (3 à 6 mois), c'est-à-dire laissant une cavité béante et encore active dans le moignon pulmonaire. L'oléothorax, dans ce cas, hâterait la perforation évolutive. Ici, plus que jamais, il faut savoir abandonner le pneumothorax extra-pleural et affaisser la cavité par thoracoplastie.

3° Vouloir créer un oléothorax dans un pneumothorax extra-pleural contenant encore du liquide, ou dans les cas d'épanchements récidivants, avec ou sans liquide pyoïde.

4° Vouloir créer un oléothorax pour éviter les insufflations.

5° Vouloir créer un oléothorax pour agrandir par de fortes pressions une poche qui s'est rapidement réduite.

B. — Ce qu'il faut faire.

1° Se rappeler que la symphyse extra-pleurale progresse, cachée par l'épanchement : donc, ponctionner systématiquement et de bonne heure tous les épanchements.

2° Créer un oléothorax au moment opportun, d'après le progrès de la symphyse et le siège de la lésion.

Ainsi, dès qu'on a la certitude que la poche se symphyse progressivement, on doit créer un oléopneumothorax qui laissera une poche d'air de réserve et de sécurité qu'on insufflera autant que possible. La symphyse et la réexpansion du poumon vont réduire vite la poche et rendre l'oléothorax tout à fait électif, si toutefois la quantité d'huile injectée est suffisante.

3° Préparer les huiles végétales aux huiles minérales, l'huile goménolée étant à notre avis la meilleure.

4° Créer l'oléothorax par de petites injections rapprochées destinées à « tâter » la susceptibilité et à empêcher les grosses absorptions du début.

5° Nécessité d'entretenir ces oléothorax, de vérifier leur pression et de contrôler l'aspect de l'huile.

6° Se rappeler que le blocage huileux exige toujours une surveillance attentive.

Le pneumothorax et l'oléothorax extra-pleuraux sont d'acquisition très récente.

Sans vouloir édifier de doctrine, nous avons voulu exposer quelques faits acquis, et proposer un ligne de conduite provisoire.

Vu : Le Président de la Thèse,

J. TROISIER.

Vu : Le Doyen,

M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. MICHETTI et FROEHLICH. — Fausse caverne. Oléothorax extra-pleural. Pseudo-broncheectasies. Guérison anatomique d'une caverne. Tuberculose uro-génitale larvée. Société d'études scientifiques de la tuberculose. *Revue de la Tuberculose*, 1935, page 774.
2. GRAF. — Über die thorakoplastische Total ausschaltung des spitzenoberfeldbereichs der lunge und die Klinische. Auswertung der extrapleurale Eelektivpneumothorax. Und oléothorax zur Dinengung des Anzeigengebiets der « primaren Thorakoplastik ». *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1^{er} Januar, 24 April 1936.
3. SCHMIDT (W.). — Die Pneumolyse mit nachfolgen dem extrapluralen Pneumothorax oder oléothorax. *Bertrage zur Klinik der Tuberkulose*, 31 Januar 1938.
4. MONOD (O.), GARCIA-BENGOCHEA et BRUCE (P.). — Les épanchements du Pneumothorax extra-pleural. *Presse Médicale*, 20 juillet 1938, N° 58.
5. JOANNIDÈS (M.). — Oléothorax in collapse therapy of Pulmonary Tuberculosis. *The American Review of Tuberculosis*, T. 34, N° 5, Nov. 1936, page 561.
6. FIESSINGER (N.) et LEMAIRE (A.). — A propos de l'absorption du lipiodol par les lymphatiques sous-pleuraux. *Presse Médicale*, 17 février 1926.
7. FIESSINGER (N.). — Les ferments leucocytaires, 1 vol. Masson, édit.
8. BERNOU. — L'état actuel de la thérapeutique par l'oléo-

thorax. *Gazette Médicale de France*, N° spécial sur les traitements actuels de la Tuberculose pulmonaire, 15 décembre 1936.

9. BEZANÇON, DELARUE (J.) et VALET-BELLAT. — Le sort du lipiodol dans le parenchyme pulmonaire chez l'homme. *Annales d'Anatomie pathologique*, Mars 1935, page 229.

